

OSTEO=ARTHRITES TUBERCULEUSES A MARCHE RAPIDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juillet 1910

PAR

Mlle Alexandra DOMOUCHOVSKY

Née à Dorogobouge (Russie), le 31 octobre 1886

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		FORGUE, Professeur		
		LAPEYRE, Agrégé		
		JEANBRAU, Agrégé		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

1910

OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES

A MARCHÉ RAPIDE

OSTEO=ARTHRITES TUBERCULEUSES

A MARCHÉ RAPIDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juillet 1910

PAR

Mlle Alexandra DOMOUCHOVSKY

Née à Dorogobouge (Russie), le 31 octobre 1886

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président*.
FORGUE, Professeur
LAPEYRE, Agrégé
JEANBRAU, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseig ^t de
	pathol. et therap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique	TRUC (*).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement
	de la clinique médicale.
	VALLOIS.
Clinique obstétricale	

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, prof.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, président.	MM. LAPEYRE, agrégé.
FORGUE, professeur.	JEANBRAU, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR KRASNOBAIEFF

A. DOMOUCHOVSKY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A. DOMOUCHOVSKY.

AVANT-PROPOS

Au moment où nous achevons nos études médicales, nous profitons de l'occasion que nous procure la publication de notre thèse pour accomplir un devoir bien doux, celui de rendre un témoignage public de reconnaissance à tous nos Maîtres de la Faculté de Montpellier pour l'instruction que nous en avons reçue et particulièrement à ceux que nous avons choisis et qui ont bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

Qu'il nous soit permis tout d'abord de dire combien nous remercions M. le professeur Estor qui a inspiré le sujet de notre thèse et nous a donné de si précieux renseignements.

Nous adressons à M. le professeur Forgue tous nos remerciements pour l'enseignement si vivant dont nous avons pu profiter pendant ces quelques années d'étude. Nous le remercions très sincèrement de faire partie de notre jury.

Nous remercions encore MM. les professeurs agrégés Lapeyre et Jeanbrau d'avoir bien voulu assister à notre soutenance de thèse.

Que le docteur Lucien Lériget reçoive ici nos remerciements pour l'aide qu'il ne nous a jamais refusée et qui nous a été si utile. Qu'il veuille bien accepter l'expression de notre profonde reconnaissance.

OSTEO-ARTHRITES TUBERCULEUSES

A MARCHE RAPIDE

INTRODUCTION

Divers cas de lésions tuberculeuses chirurgicales à évolution très rapide observées dans le service de M. le professeur Estor nous ont donné l'idée de rechercher quelle pouvait être la fréquence de ce genre d'évolution et en même temps dans quels organes ou appareils se localisait le plus volontiers un tel processus.

Depuis longtemps les auteurs ont rapporté des cas d'adénites bacillaires à marche aiguë, d'épididymites bacillaires évoluant avec un cortège de symptômes qui ne rappellent en rien la marche lente et torpide de l'abcès froid, marche dont on avait voulu au début faire une caractéristique de l'action morbide du bacille de Koch. Fréquentes aussi sont les ostéites, costales surtout, qui évoluent en quelques semaines avec des signes d'acuité non équivoques.

Nous avons eu ici surtout en vue les ostéo-arthrites à marche rapide, les ostéo-arthrites qui, au début, ne res-

semblent pas à la classique ostéo-arthrite tuberculeuse, nous avons recherché dans la littérature et trouvé un certain nombre d'observations du plus haut intérêt clinique, qui montrent que les ostéites tuberculeuses peuvent revêtir le masque de l'ostéomyélite la plus violente et la plus bruyante.

Après avoir mis sous les yeux du lecteur les documents cliniques que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Estor, nous placerons ceux qu'il nous a été donné de trouver dans la littérature chirurgicale. Nous continuerons par un aperçu clinique des lésions tel que ces documents nous permettent de le concevoir.

Nous montrerons d'ailleurs quelles difficultés offre la mise au point d'un semblable tableau clinique, étant donné le nombre extrêmement restreint de documents dont nous avons disposé.

Nous essayerons d'indiquer quels peuvent être les signes sur lesquels le clinicien pourra s'appuyer pour faire, au lit du malade, le diagnostic de tuberculose. Nous verrons qu'ils sont actuellement fort peu nombreux ; et nous ne manquerons pas d'attirer l'attention sur ce fait que les auteurs parlent tous vaguement des ostéo-arthrites tuberculeuses à marche rapide, en disant seulement que ces ostéo-arthrites peuvent affecter une allure qui les rapproche des ostéo-arthrites d'origine gonococcique. Un fort petit nombre d'entre eux parlent, et encore en quelques mots, des différences cliniques entre les deux groupes de symptômes.

Nous n'avons trouvé aucun chapitre distinct sur la question. Nous avons dû nous contenter des idées éparpillées dans les divers traités et les mémoires qui parlaient de la question, bien souvent d'ailleurs d'une manière incidente ; aussi nous pardonnera-t-on les erreurs

qui auront pu se glisser dans notre travail. Tel que nous le présentons, notre sujet est en quelque sorte inédit ; pour lui donner la portée clinique que nous aurions voulu le voir revêtir, il nous aurait fallu le temps d'observer un grand nombre de cas ; les cas observés par nos devanciers ont tous, nous le verrons, le défaut d'être d'une présentation vraiment trop succincte ; ceux qui nous ont été le plus utiles manquent de leur côté du contrôle, indispensable ici, des recherches de laboratoire.

Tel est le concours défavorable de circonstances qui ne nous a pas permis de mettre plus de développements et de rigueur critique dans un travail dont le sujet mérite à tous égards d'être étudié avec tous les perfectionnements que la clinique moderne met actuellement au service de la science.

OBSERVATIONS

Recueillies dans le service de M. le professeur Estor

Comme nous l'avons fait pressentir dans les lignes qui ont précédé, les notes qui vont suivre ne présentent malheureusement la question que d'une manière très succincte ; elles seront néanmoins des plus utiles pour l'édification du tableau clinique :

OBSERVATION I

B. J., garçon de 9 ans, entré le 12 décembre 1906.

Antécédents héréditaires. — Père mort probablement bacillaire. Mère a souffert d'un mal de Pott avec abcès par congestion à l'âge de 4 ans. Un frère, à 16 ans, est mort d'une méningite. Trois sœurs sont en bonne santé. Un frère de 13 ans a des attaques comitiales. Un autre frère, âgé de 4 ans, est atteint de persistance du trou de Botal.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

Pendant tout l'été dernier, il s'est notablement amaigri, malgré une alimentation copieuse. On a remarqué qu'il transpirait très facilement.

Début de la maladie actuelle. — En fin octobre 1906, par un violent mal de tête. Au commencement de novembre le petit malade a souffert de la cuisse gauche.

La fièvre s'est élevée au-dessus de 40° et l'enfant a été très gravement malade. Il a été soigné très probablement par le sulfate de quinine.

Le 13 décembre 1906, on constate l'état suivant (un mois et demi après le début des accidents) : amaigrissement notable. Température, 40°1 le 12 décembre au soir; 37°8 le 13 décembre au matin. Le membre inférieur gauche est placé en flexion, abduction et rotation en dehors. Ces diverses positions sont très accentuées. La hanche gauche paraît être le siège de douleurs extrêmement vives. Elle présente un empâtement diffus, mais nulle part il n'y a de fluctuation. Par suite de l'intensité de la douleur, tous les mouvements sont impossibles. La colonne vertébrale et le reste du squelette sont sains.

Le lendemain, redressement forcé sous anesthésie à l'éther et immobilisation dans un appareil plâtré.

OBSERVATION II

P. E., garçon de 6 ans, entré le 2 mai 1904.

Tumeur blanche du genou droit datant d'un mois environ. Cette lésion a affecté une marche très rapide. La

fièvre est peu intense, mais la douleur est considérable. Le gonflement est notable : la circonférence du genou droit est de 25 centimètres, tandis que, prise à la même hauteur du côté gauche, la circonférence du genou n'est que de 20 cent. 5. L'état général est peu brillant ; le malade est anémié.

Le 7 mai, redressement brusque du genou gauche qui affectait la position vicieuse habituelle, sous anesthésie chloroformique. Pose d'un appareil plâtré.

Le 11 novembre 1904 (6 mois après). Sur la face antérieure de la cuisse et au-dessus de l'interligne articulaire, est apparu un volumineux abcès froid que l'on a ponctionné à deux reprises. Cet abcès communiquait avec l'articulation. On a injecté de l'éther iodoformé suivant la technique habituelle en pareil cas (1).

Aujourd'hui (novembre 1904), l'abcès paraît en voie de guérison ; le membre est en bonne position ; mais le condyle interne du tibia et celui du fémur sont notablement hypertrophiés et douloureux à la pression. Nous plaçons le membre dans un appareil plâtré.

(1) Malheureusement nous n'avons pas pu retrouver à quelle date exacte est apparu cet abcès (entre le mois de mai et le mois de novembre) ni à quelle date les deux ponctions se sont imposées au chirurgien.

OBSERVATIONS

Tirées de la publication du docteur Hache

Dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie* de Paris 2 mars 1910)

OBSERVATION 6. — H..., 17 ans. Ostéomyélite tuberculeuse subaiguë du quart inférieur du fémur. Tumeur blanche du genou. Evidement et arthrotomie. Guérison avec ankylose.

OBSERVATION 19. — F..., 35 ans. Tumeur blanche du genou ; ostéomyélite tuberculeuse de l'extrémité inférieure du fémur. Ramollissement graisseux du tibia. Résection du genou. Hémorragie opératoire presque nulle. Demi-collapsus aussitôt après l'opération. Mort au bout de quinze jours sans fièvre ni complication locale.

OBSERVATION 20. — H..., 20 mois. Ostéomyélite tuberculeuse aiguë du tibia. Tumeur blanche du genou. Arthrotomie et évitement du tibia dont le plateau est secondairement éliminée. Guérison.

OBSERVATION 25. — Ostéomyélite tuberculeuse des deux os du coude gauche atteint de tumeur blanche avec cinq autres foyers tuberculeux.

X..., âgé d'environ 10 ans, arrive à l'hôpital porteur d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche ayant déterminé une arthrite suppurée du coude et cinq autres foyers de tuberculose, savoir : carie du calcanéum, carie de l'astragale, spina ventosa du petit doigt et du médus et abcès froid du mollet, le tout à gauche. L'abcès du mollet est superficiel, les lésions du pied et de la main ont le type des tuberculoses banales. Seuls l'humérus et le cubitus présentent des lésions remarquables.

L'humérus est brusquement augmenté de volume dans son tiers inférieur, qui a doublé de diamètre. Une fistule antérieure conduit dans son épaisseur. L'incision mène à un foyer fongueux contenant deux minces séquestres compacts provenant de la surface de l'os. Au-dessous, l'humérus est creusé comme à l'emporte-pièce d'une cavité de 4 centimètres sur 3 centimètres, contenant des fongosités et de petits séquestres compacts. Les parois de cette cavité sont absolument éburnées et lisses sauf en un point de sa partie postérieure où la curette enlève une mince couche de tissu raréfié. En haut, cette cavité, qui correspond exactement aux limites de l'hyperostose, est

séparée par une solide barrière osseuse du reste du canal médullaire. En bas, elle est fermée par un tissu fibreux résistant et absolument séparée de l'épiphyse.

L'épiphyse inférieure de l'humérus est décollée, mais les cartilages qui la recouvrent sont restés intacts. Ils sont compris dans une sorte de gangue fibreuse formée par la capsule articulaire qui se prolonge sur l'extrémité de la diaphyse et y maintient l'épiphyse. Après l'incision qui en a détruit la partie postérieure, elle a l'aspect d'une calotte maintenue par une sorte de jugulaire permettant une certaine mobilité antéro-postérieure.

L'articulation ne contient pas de fongosités ; elle communique en bas avec une cavité du volume du bout du pouce, creusée dans l'extrémité supérieure du cubitus qui est éburnée et contenant des fongosités dont il n'y avait pas traces du côté de l'humérus. La fistule postérieure qui aboutit à ce foyer contient des fongosités mollasses de son orifice, l'entoure de peau friable qui disparaît sous l'action de la curette.

Les cinq autres foyers furent opérés dans la même séance, et un mois après environ l'enfant sortait de l'hôpital avec des plaies en bonne voie de guérison et un état général satisfaisant.

OBSERVATION 28. — F..., 2 ans. Ostéomyélite subaiguë du tibia avec éburnation et hyperostose très marquées, revêtant deux mois après l'évidement des caractères franchement tuberculeux, en même temps que se développaient quatre nouveaux foyers du tuberculose, deux ganglionnaires et deux osseux.

Ceux-ci, opérés onze mois après le tibia, présentaient chacun un foyer de la dimension d'unenoix, remarquable

par l'éburnation de l'os qui l'entourait. Sur l'un d'eux, l'éburnation avait abouti à une nécrose secondaire qui m'obligea à la résection du tiers inférieur de l'humérus dont les faces articulaires étaient saines. Cette pièce constitue un type de transition entre le tubercule enkysté et l'ostéomyélite tuberculeuse.

.

OBSERVATION 29. — H..., 33 ans. Ostéomyélite tuberculeuse du coude à début très aigu. Abscess froid du dos et carie tuberculeuse de deux côtés. Trépanation du cubitus. Extirpation de la poche dorsale et curettage des côtes. Guérison.

APERÇU CLINIQUE

Au début de ce chapitre nous devons avertir le lecteur que, vu le petit nombre d'observations recueillies et l'intérêt qu'il y a, au point de vue de l'exposition, à rapprocher les diverses lésions tuberculeuses, nous parlerons ici aussi bien des ostéites tuberculeuses à marche rapide que des ostéo-arthrites à marche rapide. En effet, bien souvent l'arthrite est consécutive à un foyer d'ostéite qui évoluait d'abord pour son compte et qui s'est secondairement ouvert dans l'articulation ; ensuite, il nous a semblé, qu'au point de vue clinique, il y avait un grand intérêt à ne pas séparer l'étude de l'ostéo-arthrite et de l'ostéite juxta-articulaire. Au contraire, nous nous sommes abstenue de citer parmi nos observations celles où l'on voit le processus ostéo-myélique tuberculeux se cantonner à la diaphyse, produire des séquestres plus ou moins volumineux, et contraindre le chirurgien à une intervention qui rentrerait plutôt dans un chapitre traitant des diverses ostéomyélites dans celui que nous esquissons maintenant. En effet, le terme d'ostéomyélite implique plutôt l'idée d'une localisation parti-

culière du processus inflammatoire qu'une étiologie particulière.

Y a-t-il de même des arthrites aiguës n'ayant pas l'os pour point de départ et qui ont le bacille de Koch pour agent pathogène ? Cela est certain et pourtant nous n'avons pas pu recueillir une seule observation détaillée d'une telle arthrite. Notre observation I semble bien en être une et cependant il ne nous est pas permis de l'affirmer, la preuve anatomique nous manquant et l'arthrite n'étant pas devenue purulente.

Mais, nous dira-t-on, de quelles arthrites entendez-vous parler ? Ne faites-vous pas entrer dans votre étude les arthrites tuberculeuses à forme rhumatismale, le rhumatisme tuberculeux ? A cela nous répondrons négativement. En effet notre intention a été d'étudier les ostéo-arthrites tuberculeuses aiguës monoarticulaires, tandis que le propre du rhumatisme tuberculeux, c'est d'être poly-articulaire et d'avoir des allures de rhumatisme et non d'arthrite aiguë.

Ceci nous amène tout naturellement à l'exposé de la maladie telle que les faits nous permettent de la concevoir à l'heure actuelle.

I. — Les antécédents des malades

La clinique nous montre que chez les malades atteints d'ostéo-arthrite à marche rapide la recherche des antécédents acquiert la plus haute valeur, aussi bien au point de vue diagnostic qu'au point de vue pronostic. Nous reviendrons plus loin sur ces deux aspects de la question.

Les *antécédents héréditaires* sont le plus souvent très chargés. C'est ainsi que, dans notre observation principale, nous voyons le père mort presque certainement de tuberculose, d'ailleurs indéterminée quant à sa localisation ; la mère a eu un mal de Pott, un frère est mort d'une méningite probablement bacillaire, le reste de la famille n'est guère brillant au point de vue santé.

D'ailleurs ce que nous trouvons là est habituel dans la tuberculose où la maladie semble s'atténuer à travers les générations. C'est vrai pour la tuberculose pulmonaire, c'est vrai pour les tuberculoses chirurgicales. Il n'est pas rare de voir un malade porteur d'un foyer bacillaire à évolution bénigne, ostéite, épидидymite, avoir dans ses antécédents directs des gens qui sont morts de tuberculose pulmonaire, à un âge assez peu avancé.

Il n'est pas difficile de rapprocher par cette constatation l'infection tuberculeuse des autres infections à durée généralement longue et à l'occasion desquelles le virus ou la prédisposition, suivant que l'on admet l'une ou l'autre des théories, passe facilement d'une génération à l'autre. C'est un fait dont nous prenons acte en passant et qui nous servira au moment de la discussion du diagnostic.

Les *antécédents personnels* ne sont pas moins intéressants à passer en revue.

Dans le cas d'ostéo-arthrite à marche rapide, nous voyons que le malade est signalé comme de bonne santé habituelle. En effet une caractéristique de ces lésions aiguës, c'est le fait de n'avoir pas été précédées par une autre détermination tuberculeuse. Le malade n'avait rien, et brusquement une arthrite se déclare. Mais est-il vrai que le malade n'avait rien, était-il de bonne santé habituelle ? cette détermination pathologique était-elle la première en date chez le malade ?

Il semble bien qu'à regarder les choses de plus près il n'en soit rien. En effet, voyons ce qui se passe chez notre malade et comparons-le, d'autre part, avec ce qui se passe chez les malades atteints d'adénite suppurée ou d'épididymite aiguë, les deux lésions bacillaires qui affectent le plus volontiers l'allure rapide et à fièvre élevée.

Nous observons une anémie graduelle, un affaiblissement général, un amaigrissement progressif, et cela, malgré les soins dont le malade peut être entouré. En effet nous avons affaire à une anémie toxique qui persistera tant que persistera et s'accroîtra la vitalité du foyer bacillaire qui évolue quelque part, on ne sait pas où encore. Peut-être même ce foyer n'évolue-t-il pas encore pour son compte, peut-être l'infection est-elle encore purement générale. Nous ne nous demanderons pas si elle est sanguine, lymphatique ou tissulaire, de telles divisions ayant une valeur plutôt anatomique et didactique que physiopathologique. Toujours est-il qu'à ce moment le malade est bien déjà un malade; il ne nous semble pas que la lésion locale éclate en réalité brusquement. Le bacille tuberculeux n'est pas un bacille assez virulent pour attaquer violemment un organisme en parfaite santé. On nous objectera qu'il est bien difficile de savoir si un organisme est en parfaite santé; à cela nous répondrons qu'en effet il est bien difficile de savoir si le bacille a attaqué un organisme déjà débilité par d'autres facteurs, ou si l'acte aigu n'est qu'une suite logique de l'infection qui avait déjà commencé depuis longtemps d'une façon latente.

II. — Le début de la maladie locale

Cet épisode est toujours fébrile ; la réaction générale qui ne manque jamais, pas même dans la tuberculose osseuse rapide du vieillard où elle est seulement atténuée, est un des symptômes généraux les plus importants.

Cette fièvre est assez élevée ; elle est montée à 40° chez le malade de notre observation I ; elle a été moins intense chez le malade de notre observation II. Elle est le témoin de l'entrée en scène d'un nouveau mode d'infection : l'infection aiguë à détermination locale, et quelquefois le seul témoin au moins tout à fait au début.

Les autres symptômes généraux ne diffèrent guère de ceux que l'on trouve dans les infections chirurgicales de cause banale. Ils continuent plus ou moins les symptômes chroniques qui avaient précédé l'épisode aigu ; c'est toujours le mauvais état général, l'anémie, l'amaigrissement, la propension à contracter des maladies intercurrentes respiratoires et digestives, l'accentuation du sentiment de dépression physique et psychique si souvent caractéristique de ces infections qui atteignent un malade après une longue période d'anémie prémonitoire.

Localement, nous avons à considérer les symptômes habituels des inflammations aiguës. La présence et la fréquence de ces symptômes varient naturellement avec les conditions locales. Tandis que le gonflement sera notable et apparaîtra rapidement au genou et au coude, il sera plus lent à se manifester à la hanche ; et de fait,

la lenteur relative avec laquelle se développe le gonflement à ce niveau peut faire croire que la maladie locale a un point de départ plus tardif que celui qui lui est attribué en réalité. En effet, dans notre observation, il paraît bien être passé inaperçu tout à fait au début.

La rapidité de l'invasion des causes morbides explique comment le membre prend rapidement la position caractéristique de l'articulation malade, position appelée vicieuse parce qu'elle tend à persister après l'ankylose, mais qui au moment où elle se montre est des plus utiles puisque c'est celle dans laquelle le malade souffre le moins. D'ailleurs on voudra bien remarquer que, dans l'ostéo-arthrite aiguë, le membre intéressé prend rapidement la position d'immobilisation par contraction musculaire (voir l'observation I).

La chaleur locale est, comme le gonflement, un symptôme qui varie avec les articulations : suivant la profondeur de l'article au milieu des tissus et des masses musculaires. Comme lui, elle demande à être recherchée avec soin et systématiquement ; et c'est justement à cause de cela qu'on la note si rarement ; l'entourage du malade qui assiste au tout premier début de la lésion pourrait seul renseigner le médecin. Et pourtant la constatation de ces deux symptômes si simple à faire quand on y pense, pourrait rendre les plus grands services au point de vue du diagnostic. Tout ce que l'on a dit du mouvement fébrile dans la tuberculose au début pourrait être répété à propos des tuberculoses locales.

Tels sont les symptômes généraux qui, comme on le voit, ne présentent rien de bien particulier par eux-mêmes. On peut d'ailleurs dans la tuberculose qui nous occupe trouver comme dans toutes les déflections simi-

laire un élément d'une haute valeur, nous voulons parler de la généralisation. Nous ne voulons pas faire allusion à la généralisation granulique dont le plus bel exemple et bien souvent cité est l'observation de Laveran

Cet auteur cite le cas d'un soldat qui réalisa une granulie de toutes les séreuses y compris les séreuses articulaires et mourut à la suite de cette infection générale.

Nous ferons remarquer également que nous laissons de côté la tuberculose polyarticulaire à allures rhumatismales et n'aboutissant pas à la suppuration.

Nous voulons parler de ces cas tels que celui de l'observation 25 de Hache dans lequel nous voyons cinq foyers dont l'éclosion a suivi la suppuration d'un coude. Cette multiplicité des foyers secondaires et leur localisation dans des régions et des tissus aimés par la tuberculose complète bien le tableau clinique et apporte, il nous semble, un certain appoint à la question du diagnostic. En outre, le peu de temps que les foyers mettent à éclore rapproche bien l'infection tuberculeuse des autres infections aiguës.

III. — La marche de la maladie locale

Nous avons vu le début de l'ostéo-arthrite tuberculeuse à début brusque, à début inflammatoire. C'est maintenant que la question se pose de savoir ce que l'on doit entendre par ostéo-arthrite à marche rapide. Il nous semble utile de bien préciser ici la valeur des termes. Ce sera facile si l'on veut bien remarquer sur quel en-

semble de symptômes nous fondons le tableau clinique que nous essayons d'individualiser.

C'est ainsi que l'on devra considérer comme rapide la marche d'une ostéo-arthrite dans laquelle la suppuration se produira, au plus tard, un mois et demi à deux mois après l'entrée en scène des symptômes fébriles du début.

C'est la suppuration qui doit nous servir de guide dans notre appréciation, parce que c'est son apparition qui individualise le type clinique actuel. Et c'est pour cela, nous l'avouons, que nos observations ne nous paraissent pas à l'abri de toute critique. Nous pourrions objecter que dans la première observation du pus a bien pu se former sans que son existence ait été démontré d'une manière indiscutable. La fluctuation qui a manqué est fort difficile à discerner au niveau de l'articulation coxo-fémorale et une petite quantité de pus pouvait très bien être présente sans donner lieu à ce signe. Dans la deuxième observation, on a reconnu et traité un abcès que l'on a qualifié de froid, mais, comme nous l'avons déjà fait remarquer dans une note, nous n'avons pu savoir à quelle date il avait apparu.

Devant ces faits, nous devons préciser le sens attaché au mot rapide. Une ostéo-arthrite tuberculeuse à marche rapide sera celle qui n'a pas les allures des ostéo-arthrites tuberculeuses ordinaires à début insidieux. Quelque bizarre que puisse sembler cette définition, elle nous paraît être à l'heure actuelle la plus simple et en même temps la plus compréhensive.

En effet, ce qui distingue le processus articulaire tuberculeux des arthrites d'une autre nature, c'est le début brusque, inflammatoire de ces dernières, le début lent, indéterminé, en quelque sorte, des premières.

Quand on parle d'une coxalgie, d'une scapulalgie, d'une tumeur blanche du genou, on dit : cela a commencé il y a tant de mois, il y a un an ou deux à peu près ; au contraire, quand on parle d'une arthrite purulente non spécifique, c'est par jours que l'on compte le temps.

Mais, une fois que la maladie s'est emparée d'une articulation, la marche de l'affection peut être extrêmement variable. Ici, nous devons d'ailleurs, pour continuer le tableau clinique, nous inspirer d'idées plutôt théoriques et fondées sur la comparaison avec les autres arthrites et les arthrites tuberculeuses à début insidieux.

Tout d'abord, comme dans notre première observation, les phénomènes inflammatoires peuvent, jusqu'à un certain point, rétrocéder, c'est-à-dire ne pas aboutir à la formation du pus. D'ailleurs, nous avons fait remarquer plus haut de quelles restrictions basées sur le doute nous devons entourer une pareille affirmation : du pus s'est peut-être formé et s'est résorbé ensuite sans avoir constitué d'abcès et sans s'être fait jour à l'extérieur. Tout se passe donc comme dans les ostéo-arthrites banales ; la formation du pus est une des terminaisons naturelles de l'affection, mais la résolution, sans arriver à ce stade fâcheux, est un autre mode de terminaison qu'il faut bien connaître.

Au contraire, la violence des bacilles peut être telle que, plus ou moins rapidement, le pus se forme, et voilà comment, à notre avis, il peut être légitime de parler d'abcès froid dans une tuberculose ostéo-articulaire à marche rapide. En vérité l'abcès est froid par sa marche, il évolue lentement depuis le moment où il a commencé à se former et nous avons bien des raisons de croire qu'il se forme très vite, mais que, très vite aussi, la virulence du bacille décroît. C'est ce qui nous explique que,

dans ces cas rapides, l'abcès froid, ouvert, a une tendance manifeste à la guérison.

En effet, c'est ce que nous voyons dans notre observation II ; c'est ce qui apparaît surtout dans les observations fournies par Hache. Le pus se forme ou plus exactement, apparaît plus ou moins tôt après l'épisode aigu, mais lorsqu'il s'est fait jour au dehors, il n'a pas, comme le pus tuberculeux des caries osseuses, une tendance presque toujours insurmontable à se reproduire indéfiniment.

Voilà pourquoi nous pensons, en nous basant plutôt sur les observations de Hache que sur les nôtres, que la terminaison par la guérison est plus habituelle, plus normale dans les cas qui nous occupent, que le passage théoriquement possible à la chronicité. Le pus se tarit rapidement, les orifices de l'abcès tendent à se fermer ; dans les cas à type ostéomyélique, de l'os nouveau se reforme avec vigueur, les bourgeons charnus montent sans arrêt et le chirurgien enregistre en définitive un excellent résultat.

Ceci nous amène à considérer à part, à cause de son importance, quel peut être l'avenir des malades.

IV. — Le pronostic

Deux questions habituelles dans un tel chapitre se posent à nous : la vie du malade est-elle menacée ? Quel est le sort de l'appareil ostéo-articulaire atteint ?

À propos des matériaux qui nous ont servi à essayer de répondre à ces deux questions, nous devons dire que

nous nous sommes basée sur les observations d'ostéomyélites et d'ostéo-arthrites consécutives et en grande partie sur les quelques indications que contiennent les traités classiques ainsi que et surtout par comparaison avec la marche et le pronostic des lésions tuberculeuses aiguës évoluant sur d'autres parties de l'organisme. Sans doute, nos déductions seront un peu hasardeuses puisqu'elles ne consisteront pas dans la simple énumération de faits rigoureusement observés. Nous croyons cependant qu'elles sont logiques et basées sur les lois actuellement admises de la physiopathologie.

Et d'abord, quel sera le pronostic local ? Il nous semble devoir être bon ; nous ne ferions que répéter ici ce que nous avons dit plus haut au sujet de la marche de la maladie ; aussi abrégons-nous. L'abcès, s'il se forme, a tendance à rétrocéder ; le pus, qui peut même se résorber avant d'avoir apparu au dehors, a une tendance bien nette, dans la deuxième alternative, à cesser rapidement de se produire.

Mais le pus n'est pas tout : que devient l'articulation au point de vue fonctionnel ? Si, dans les cas d'ostéomyélite diaphysaire, Hache fait remarquer l'excellent résultat final dû à une marche normale vers la guérison après l'intervention, nous croyons devoir soutenir de notre côté que le pronostic fonctionnel est bien plus sombre dans le cas d'arthrite. En effet, on peut prévoir à la lecture de nos deux observations, que la terminaison par ankylose a été la conclusion de l'atteinte portée à l'articulation par le bacille de Koch.

Il est indubitable que, dans une longue série de cas de ce genre, on pourra voir des guérisons sans ankylose, surtout quand l'évolution aura été très rapide et lorsqu'on aura affaire à une articulation facilement observable telle

que le genou, le coude, le cou-de-pied. Il ne semblerait pas logique de nier qu'une arthrite tuberculeuse aiguë purulente rapidement traitée par la ponction hâtive et l'immobilisation ne pourrait pas guérir avec conservation des mouvements en tout ou partie. Cela ne paraît pas avoir été encore vu, mais il n'y pas de raison pour qu'on ne l'observe pas un jour.

D'autre part, la vie du malade est-elle menacée ? Nous ne pensons pas devoir répondre affirmativement. Nos observations, aussi bien celles d'ostéo-arthrites primitives que celles d'ostéomyélites compliquées d'arthrite, nous montrent que le pronostic quant à la vie est très bon.

Cela est d'ailleurs en conformité avec ce que l'on observe dans les affections à marche rapide en général et dans les tuberculoses locales rapides en particulier. Le malade se défend-il bien, il sera vite guéri et d'un autre côté, s'il se défend avec violence et une certaine brusquerie, c'est qu'on peut encore se fier à sa résistance. Un organisme véritablement faible n'opposant pas de résistance sérieuse à l'infection, celle-ci aura tout le temps de s'installer à demeure, de se propager sans être inquiétée.

Aussi assistons-nous donc dans ces cas de tuberculose à marche rapide à un spectacle des plus intéressants. Le malade avant l'épisode aiguë était loin de jouir d'une excellente santé ; au contraire il s'anémiait de plus en plus, maigrissait, s'affaiblissait graduellement. Résistait-il au contraire à l'attaque violente, son état s'améliore rapidement et le sujet, même encore porteur d'une lésion en activité, jouit d'une santé bien meilleure qu'avant la période fébrile. C'est un fait que nous avons nous-même fréquemment observé en clinique et sur lequel nous allons revenir en traitant des diverses idées émises à propos des faits qui nous occupent.

V. — Le diagnostic

C'est le point véritablement difficile de notre exposition, mais nous ne nous contenterons pas de répéter après tous les auteurs que le diagnostic est fort difficile à poser, sans émettre au moins une hypothèse timide basée sur l'examen des faits.

L'ostéo-arthrite tuberculeuse peut être confondue, ou plus exactement peut ressembler à une ostéo-arthrite d'origine infectieuse plus banale. L'ostéite peut être difficile à différencier de l'ostéomyélite ; juxta-épiphysaire, l'arthrite peut revêtir l'apparence de l'arthrite gonococcique ou de l'arthrite d'origine infectieuse banale.

Mais l'arthrite d'origine infectieuse banale est presque toujours, pour ne pas dire toujours, traumatique et dans ces conditions la pathogénie est facile à élucider. Il y a une porte d'entrée connue, il doit être bien rare que le diagnostic reste en suspens. L'arthrite peut être métastatique, mais là encore la lésion primitive, otique, génitale, etc..., passerait difficilement inaperçue.

L'arthrite gonococcique est beaucoup plus malaisée à distinguer. Chez l'homme encore la question est relativement facile à résoudre, mais chez la femme, la question de la gonococcie est bien plus facile à éclaircir ; on sait combien est délicate dans de tels cas la recherche de l'agent pathogène et la déception que peut réserver l'examen microscopique.

Dans certains cas par conséquent il est difficile de se

prononcer sur l'agent pathogène de l'arthrite que l'on observe. S'agit-il d'ostéite et d'ostéomyélite tuberculeuse à marche rapide, là aussi le diagnostic est plein de difficultés. Hache, dans son mémoire auquel nous avons fait de si larges emprunts, avoue que sur 34 cas il n'a pu que 11 fois faire le diagnostic de tuberculose avant l'opération.

En examinant de près ces faits, il nous a semblé remarquer que le propre de la tuberculose en général, et de l'infection locale qui nous occupe en particulier, est de fournir un tableau clinique toujours incomplet. Il est rare qu'il ne manque pas un des symptômes que l'on regarde avec raison comme un des symptômes fondamentaux de toute affection.

Nous n'énumérerons pas à nouveau tous ces symptômes, nous ferons remarquer seulement que, dans les infections aiguës, l'aspect clinique est nettement régulier ; tous les signes de l'inflammation locale se trouvent au complet, ce qui est de notre part une sorte de tautologie, puisque c'est justement d'après leur fréquence qu'on en a fait des symptômes habituels de l'inflammation.

Quoi qu'il en soit, c'est précisément la variabilité du tableau clinique qui doit, à notre avis, faire soupçonner la nature tuberculeuse de la maladie. Tous les symptômes de l'inflammation banale peuvent se retrouver dans l'inflammation bacillaire, mais il est bien exceptionnel de les retrouver tous réunis en même temps.

La douleur peut manquer localement, de même qu'elle peut être très vive et dominer la scène ; la fièvre peut être très vive, monter à 40 degrés ; elle peut être beaucoup plus modérée ; la chaleur locale peut être notable, elle peut aussi demander un examen approfondi pour être remarquée. Il n'est pas jusqu'au gonflement et à l'injec-

tion des tissus périarticulaires qui ne puissent être des plus modérés. Ce que nous avons dit de l'apparition tout à fait irrégulière du pus ne fait que rentrer dans le cadre de notre exposition et en confirmer les grandes lignes ; aussi nous n'y reviendrons pas.

D'ailleurs si tous les symptômes sont présents, il y aura encore quelque chose qui pourra nous mettre sur la voie. C'est la discordance de ces divers symptômes entre eux : Ils ne sont pas en rapport les uns avec les autres ; il y a entre eux quelque chose qui choque. On trouvera une articulation colossalement augmentée de volume, tandis que la douleur sera relativement considérable ; une purulence rapide marchera de pair avec une fièvre peu intense ou du moins à évolutions des moins régulières.

Certainement nous avons besoin, pour affirmer tout ce qui précède, de tableaux cliniques plus précis et plus nombreux que ceux que nous avons eus à notre disposition. Malgré cela il nous a semblé que ce qui était vrai pour les tuberculoses locales à marche lente l'était aussi, toutes proportions gardées, pour les tuberculoses à marche rapide.

Devant une telle incertitude du diagnostic, on peut songer à employer les méthodes bactériologiques pour éclaircir le débat. Malheureusement on sait que les méthodes employées autrefois sont loin d'avoir toujours donné satisfaction à cet égard. C'est ainsi que dans les publications datant de 7 à 8 ans on voit affirmer l'inexistence du bacille de Koch dans des abcès indubitablement tuberculeux. Dans les collections purulentes à marche rapide on peut logiquement s'attendre à une pullulation si considérable du bacille que l'on pourra le trouver dans le pus ; mais, dès que la marche se ralentit tant soit peu

ou dès que la collection est un peu ancienne, le nombre des bacilles diminue dans de fortes proportions et leur absence complète dans le pus n'a rien qui doive nous étonner. Si à ce stade on doit trouver quelques bacilles, ce ne peut être qu'à la périphérie de l'abcès mais non dans le liquide purulent lui-même.

C'est ici que se pose la question des infections associées. Dans la tuberculose ostéo-articulaire à marche rapide, à allure inflammatoire mais monoarticulaire, y a-t-il toujours d'autres germes pathogènes qui viennent donner en quelque sorte le caractère inflammatoire à la lésion, qui la rendent « chaude » ?

La question est encore très controversée. L'étude clinique des exsudats purulents se heurte à des difficultés considérables. Et, une fois que des résultats sont enregistrés, de nouveaux résultats donnés par de nouveaux expérimentateurs viennent ébranler ou même renverser les jalons posés par leurs devanciers. Aussi nous garderons-nous de retracer les diverses phases de la controverse en citant des théories sans nombre et une longue liste de noms. Nous renvoyons pour cela à nos notes bibliographiques.

Une conclusion peut être tirée cependant de ces travaux : C'est qu'il apparaît à l'heure actuelle comme certain que le bacille tuberculeux, à lui seul, peut créer des lésions chaudes. Par conséquent les ostéo-arthrites tuberculeuses à marche rapide peuvent avoir le bacille de Koch comme agent pathogène *unique*.

Quant aux travaux expérimentaux sur la question, ils ont pour nous, comme les recherches bactériologiques, l'avantage d'arriver à la même conclusion. Pour les pre-

miers comme pour les secondes nous n'avons regretté qu'une chose, c'est le manque complet de détails fournis sur la marche de la maladie et le laconisme peut-être un peu excessif des auteurs, qui n'ont vu que le nombre des cas sans considérer les individus.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des ostéo-arthrites tuberculeuses à marche rapide.

II. — Ces ostéo-arthrites à évolution chaude ressemblent beaucoup aux ostéo-arthrites dues à des infections banales.

III. — Elles peuvent avoir une terminaison rapide comme les lésions banales, mais elles peuvent aussi évoluer comme les ostéo-arthrites à début insidieux; cela est vrai surtout dans les cas où l'articulation est l'organe le plus fortement atteint.

IV. — Dans le second cas cité au paragraphe précédent, l'ankylose est fatale; les suppurations semblent cependant plus bénignes que dans les cas à début insidieux.

V. — Le diagnostic clinique sera basé sur le peu de concordance des symptômes entre eux et, toutes les fois

que ce sera possible, sur la recherche bactériologique (bacille et toxines).

VI.—Le pronostic, sauf généralisation granulique rapide naturellement, semble bon au point de vue de la vie du malade; l'état général, médiocre avant l'épisode aigu, semble se relever après celui-ci.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 15 juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 15 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur Délégué,
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
